ESSAI

N° 103.

SUR

LA PERITONITE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 mai 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J. P. A. BROCHAND, de Paris,

Département de la Seine,

Bachelier ès-lettres de l'académie de Paris; Élève des hôpitaux militaires d'instruction de Metz et de Paris; Pharmacien sous-aide-major bréveté; Chirurgien aide-major au douzième régiment d'infanterie de ligne.

Celui qui met au jour ses pensées pour faire briller ses talens doit s'attendre à la sévérité des critiques; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir a droit à l'indulgence de ses lecteurs et de ses juges.

LA BRUYÈRE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Suppléant.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Président.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gerdy.
Arvers.	Gibert.
Baudeloque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Examinateur.*	Pavet de Courteille.
Devergie.	Ratheau.
Dubois.	Richard, *Examinateur.*
Dance.	Rochoux, *Examinateur.*
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Suppléant.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MONSIEUR FRANÇOIS-MARIE BROCHAND,

MON GRAND-PÈRE.

Ancien Chef aux bureaux de la Marine et des Colonies.

A MONSIEUR MALATRET,

Officier de la Légion-d'Honneur ; Pharmacien-inspecteur honoraire du service de santé des armées.

A MONSIEUR SERULLAS,

Pharmacien principal bréveté ; premier Professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Paris ; Membre de la Légion-d'Honneur ; Membre de l'académie royale de médecine, et de plusieurs sociétés savantes, etc.

Gage d'une reconnaissance éternelle.

J. P. A. BROCHAND.

ESSAI

SUR

LA PÉRITONITE AIGUË.

L'INFLAMMATION du péritoine, désignée généralement par le terme de *péritonite* a été long-temps méconnue. *Johnston*, en 1779, puis *Walter*, en 1785, guidés par quelques faits d'anatomie pathologique de *Bonet*, de *Morgagni* et de *Stoll*, ont fixé l'attention des observateurs sur cette maladie; et les travaux de *Pinel*, *Bichat*, *Corvisart*, M. *Gasc*, *Bayle*, *Laennec*, de M. *Broussais*, en constatant l'existence de cette phlegmasie, ont démontré qu'elle avait été confondue, sous le nom d'*inflammation de bas-ventre*, avec celle des viscères abdominaux. Ces travaux ont également fixé l'opinion des médecins sur le siège d'une maladie que *G. Hunter* avait déjà indiqué en 1776, et dès lors la dénomination de fièvre puerpérale fut rayée du cadre de la nosographie.

Causes prédisposantes. Les causes prédisposantes de la péritonite sont celles de toutes les phlegmasies, telles que la pléthore, l'âge adulte, une grande susceptibilité nerveuse, et de plus la gestation.

Causes occasionnelles. Parmi les causes occasionnelles, les principales sont : l'intempérance, le refroidissement des membres inférieurs

et de l'abdomen; la suppression du flux hémorrhoïdal, des menstrues et des lochies; les secousses, les frottemens, les compressions que le péritoine éprouve dans les secousses générales imprimées au corps pendant le vomissement; la pression violente; les frottemens répétés, auxquels le péritoine est soumis dans le travail de l'accouchement; la constriction qu'il subit dans les hernies étranglées; l'épanchement des alimens, de la bile, du sang, des excrémens de l'urine dans la cavité péritonéale; les contusions et les plaies pénétrantes des parois de l'abdomen. Enfin cette phlegmasie succède souvent à l'inflammation de quelque organe revêtu par la membrane séreuse abdominale.

Prodromes et symptômes locaux.

Quelquefois cette phlegmasie s'annonce par un brisement dans tous les membres, accompagné d'un frisson général, le plus souvent continu ou se renouvellant pendant l'espace de un, deux ou trois jours, et remplacé par une chaleur plus ou moins forte. Assez souvent une douleur vive, pongitive, brûlante, circonscrite ou étendue, fixe ou mobile, se fait sentir tout à coup dans l'abdomen. Chez plusieurs malades, la douleur conserve plus d'intensité dans le point où elle a commencé à se manifester, et d'où elle s'est propagée dans toute la cavité abdominale. Cette douleur, qui le plus ordinairement est superficielle, est tellement exaspérée par la moindre pression, que le poids le plus léger, celui des couvertures, devient intolérable. Le malade pousse des gémissemens continuels.

Quelquefois cependant la douleur n'a pas la même acuité; elle cesse par intervalles, et ne se fait sentir que sous une pression un peu forte. Cette douleur peut être facilement confondue avec celle que la pression détermine lors de l'existence d'une gastro-entérite; mais bien que l'erreur que le praticien pourrait commettre ne fût pas extrêmement grave en la rapportant à une maladie de même nature, il importe cependant de ne pas négliger les caractères qui peuvent nous

faire éviter cette erreur. Dans la péritonite, les parois abdominales sont dures, tendues et comme ligneuses; lorsque la pression est possible, elles ne fléchissent pas dans un point, mais dans une étendue plus ou moins considérable. La douleur, manifestement superficielle, s'accroît par une légère pression exercée latéralement sur la paroi abdominale; le ventre est tuméfié, mais le développement régulier de l'abdomen lui donne souvent une certaine élégance de forme qui n'existe jamais dans la gastro-entérite intense. En effet, dans cette phlegmasie, l'abdomen est déprimé sur les côtés et saillant vers l'ombilic, où les intestins, ramassés et contractés, sont ordinairement agglomérés.

L'intumescence du ventre, qui succède à la tension des muscles abdominaux, remarquable dès le début de la péritonite, est extrêmement variable chez les différens sujets, à raison de l'intensité de l'inflammation, et plus encore à raison du degré de résistance qu'offrent les parois abdominales; ainsi elle sera considérable chez ceux dont le ventre est naturellement flasque, chez les femmes récemment accouchées et chez les malades qui ont subi la ponction de l'abdomen. Cette distension n'a point lieu, au contraire, chez les individus dont les muscles abdominaux sont très-développés, chez les hommes maigres, mais robustes, et quelquefois même on remarque alors, surtout dans les premiers jours de la maladie, une rétraction sensible du ventre.

Symptômes sympathiques.

Aux signes locaux vient bientôt se joindre l'appareil formidable des symptômes qui annoncent la perturbation des fonctions digestives, l'anorexie, une soif plus ou moins ardente, des nausées, des borborygmes, des vomituritions; des vomissemens de matières alimentaires, de mucus, de bile, et souvent même de matières stercorales, lorsque cette affection est consécutive à un étranglement interne. Il y a le plus souvent constipation, quelquefois dévoiement; les urines sont rares, rouges et très-épaisses.

Les efforts du vomissement augmentent de la manière la plus cruelle la douleur abdominale; l'éternuement, le hoquet, la toux et les efforts pour uriner, ne produisent pas des douleurs moins vives.

La respiration est pénible, et principalement pendant l'inspiration à cause de la compression exercée par le diaphragme et le foie sur le péritoine.

Le pouls est petit, concentré, et le plus ordinairement très-fréquent. La sécheresse de la peau, sa chaleur, surtout celle du ventre, et en même temps le froid des extrémités, sont des symptômes remarquables. Le malade éprouve une céphalalgie plus ou moins intense, la face est considérablement altérée; presque toujours elle est pâle; les traits sont comme tirés en haut et ramenés vers le front : la dénomination de *face grippée* est alors employée pour désigner cette expression de la physionomie. Pendant cette preuve d'une sympathie bien marquée des muscles de la face avec ceux de l'appareil digestif, on remarque des rides transversales sur le nez, et un sillon très-prononcé qui se porte des ailes du nez vers la commissure des lèvres. Ce symptôme se rencontre souvent chez les enfans, et alors il peut être considéré comme un signe pathognomonique des phlegmasies de l'abdomen.

Le décubitus a lieu nécessairement sur le dos, et le malade fléchit la tête sur la poitrine; les cuisses sont à demi-fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses, afin de diminuer, autant que possible, la douleur qui s'accroît lors de la tension des muscles abdominaux.

Il y a quelquefois aberration des fonctions intellectuelles; le délire, l'insomnie et une agitation extrême se remarquent surtout lorsque les symptômes locaux sont très-violens.

Dans la péritonite qui survient après l'accouchement (puerpérale) les lochies sont supprimées, les mamelles affaissées, la sécrétion du lait suspendue.

Marche.

La marche de la péritonite aiguë est souvent tellement rapide qu'on peut à peine distinguer ses périodes ; sa durée la plus ordinaire est de trois à sept jours, quelquefois de vingt-quatre heures, rarement de vingt jours. Elle peut passer à l'état chronique du deuxième au troisième septénaire.

Diagnostic.

Le diagnostic se déduit de la réunion des phénomènes que nous avons signalés.

Tous les symptômes de la péritonite ne se rencontrent pas constamment chez tous les individus, mais la réunion de quelques-uns d'entre eux peut nous permettre de prononcer sur l'existence de cette phlegmasie. Ainsi, la tension, la douleur du ventre, les vomissemens, la constipation, le pouls petit et concentré sont les signes pathognomoniques de cette affection.

Prognostic.

L'intensité de la douleur locale, la violence des symptômes sympathiques doivent nécessairement le modifier; cependant la marche rapide de cette maladie, la gravité qu'elle affecte dès son début, font considérer le malade atteint de cette affection comme voué à une mort certaine, à moins que les symptômes, portés d'abord à un degré d'énergie considérable, ne viennent à diminuer d'intensité, et qu'un calme et une amélioration marquée dans la situation du malade ne nous fasse concevoir l'espérance d'une guérison, que l'extrême acuité des symptômes ne nous aurait pu permettre d'espérer.

Terminaison.

La péritonite peut se terminer par *résolution*, par *suppuration* et *épanchement*, par *gangrène*, enfin elle peut passer à l'état chronique.

Par résolution. La résolution est la terminaison la plus heureuse, mais elle est la plus rare; elle s'annonce ordinairement du quatrième au septième jour, par le calme qu'exprime la physionomie du malade; par la souplesse du pouls, par la diminution de sa fréquence. D'ailleurs, l'abdomen est le siége de douleurs beaucoup moins vives, sa tension et sa chaleur sont beaucoup moindres; la peau est chaude et halitueuse; plus de nausée, plus de vomissemens; enfin, une secrétion abondante des urines, ou des déjections alvines; un sommeil tranquille, le décubitus facile sur les côtés, le vif désir de prendre des alimens, annoncent bientôt le rétablissement graduel de toutes les fonctions.

Terminaison par suppuration et épanchement. Lorsque le pouls, conservant toujours sa fréquence, offre une sorte de mollesse, que les douleurs de l'abdomen ne se font plus sentir, que le ventre n'est plus tendu, et lorsque le malade éprouve un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, accompagné de frissons irréguliers, on peut présumer que la péritonite se termine par suppuration. Ce mode de terminaison n'est pas favorable, mais il est assez fréquent, et il a lieu du premier au deuxième septénaire. Il n'est pas toujours facile de reconnaître s'il y a épanchement; mais on n'aura plus de doute sur son existence si, après avoir appliqué la main gauche entre la dernière fausse côte et la crête de l'os des iles, et frappant avec la main droite du côté opposé, on éprouve la sensation de la fluctuation au travers des parois abdominales.

La terminaison par suppuration est presque toujours mortelle, il y a cependant des exemples de guérison. Ils se rencontrent lorsque la secrétion purulente n'étant pas trop considérable, la résorption peut s'opérer, ou lorsqu'un foyer s'étant formé, le pus se fait jour au travers des parois de l'abdomen.

Terminaison par gangrène. Cette terminaison est assez rare et la plus redoutable, elle a lieu lorsque la phlegmasie est des plus aiguës. Elle

s'annonce par la rémission subite de la douleur, un prompt refroidissement, la faiblesse et l'intermittence du pouls, la prostration générale. Des sueurs froides coulent sur le visage du malade ; ses traits se décomposent, et des déjections involontaires de matières noirâtres très-fétides sont suivies de la mort.

Comme dans les autres phlegmasies, le passage de la péritonite aiguë à l'état chronique est très-fréquent, et il se manifeste du deuxième au troisième septénaire.

Complications.

Les sympathies et les relations plus ou moins intimes qui existent entre les différens viscères peuvent déterminer de nombreuses complications; mais ces accidens ne contr'indiquent jamais le traitement nécessaire dans la péritonite aiguë ; elles réclament seulement une sévère attention ou une grande diligence de la part du médecin, puisqu'une nouvelle cause de destruction vient s'ajouter à une autre déjà suffisante pour faire périr le malade.

Caractères anatomiques.

L'autopsie des cadavres des sujets qui ont succombé à une péritonite aiguë nous fait voir des altérations bien variées. Il est fort rare que les traces de cette phlegmasie soient effacées.

Ordinairement le péritoine est rouge, parsemé d'un grand nombre de petits vaisseaux remplis de sang vermeil ; le tissu cellulaire sous-péritonéal est très-injecté, surtout à la surface des intestins. Souvent le péritoine peut se détacher de la surface des organes contenus dans l'abdomen avec une grande facilité ; son opacité est plus ou moins grande; il présente quelquefois, dans plusieurs de ses parties, un épaississement qui se manifeste rarement dans toute son étendue; cependant cette dernière altération est bien moins sensible que lorsque la phlegmasie a été chronique. Lorsque la marche de la péritonite a été rapide

il n'est pas rare de trouver la séreuse couverte de taches livides et de points gangrénés plus ou moins étendus ; son tissu cède alors à une légère traction.

Presque toujours la cavité du péritoine contient une sérosité d'une odeur très-fétide, tantôt limpide, citrine; tantôt, et le plus souvent, trouble, lactescente. Au milieu de cette sérosité nagent épars une très-grande quantité de petits flocons albumineux, blancs grisâtres ou même rougeâtres. Lorsque la phlegmasie a duré peu de temps, et que la mort est survenue promptement, ce liquide est quelquefois séroso-sanguinolent et plus ou moins limpide.

Les concrétions membraniformes qui se rencontrent au milieu du liquide épanché présentent rarement des traces d'organisation ; cependant vingt heures seulement après le début d'une inflammation du péritoine, on a pu suivre et injecter des vaisseaux développés au sein de la concrétion fibrineuse, devenue tissu vivant. Souvent des adhérences intimes unissent le péritoine pariétal au péritoine splanchnique, et les intestins sont comme soudés par d'épaisses couches membraniformes. Les concrétions albumineuses, en pénétrant les intervalles des intestins pour les réunir, circonscrivent entre ces derniers des espaces en forme de cellules, qui contiennent un liquide de même nature que celui qui se rencontre dans toute la cavité de l'abdomen.

Prophylaxie.

Éviter l'influence d'un air froid et humide ; garantir les extrémités inférieures de l'action du froid et de l'humidité par des vêtemens convenables, et par leur changement lorsqu'ils ont été mouillés ; s'abstenir de tout ce qui constitue l'intempérance; éviter de prendre des boissons froides au moment où le corps est en sueur ; prescrire aux femmes nouvellement accouchées d'allaiter leurs enfans ; les placer dans un appartement suffisamment aéré et à une température de douze à quinze degrés ; les couvrir modérement, éviter l'application des bandages serrés sur le ventre, leur administrer avec intelligence

les soins que la propreté exige ; leur interdire tout stimulant ; les garantir de toutes les impressions vives, ne leur accorder des alimens que lorsque les circonstances en peuvent autoriser l'usage, leur prescrire de ne prendre qu'une quantité modérée de ceux qui leur conviennent, tels sont les moyens qui peuvent prévenir cette funeste maladie.

Traitement.

Comme dans toutes les phlegmasies des membranes séreuses, le traitement de la péritonite aiguë doit être essentiellement antiphlogistiques, et l'emploi des moyens que cette médication peut nous fournir doit être fait, non-seulement avec la plus grande diligence, mais il faut encore choisir parmi eux les plus énergiques. Le moindre retard dans l'emploi des remèdes est toujours funeste au malade.

Dès les premiers symptômes de cette affection, s'il y a pléthore, et surtout si le malade est jeune, si les douleurs sont vives, si le pouls est petit et serré, on se hâtera de pratiquer une large saignée du bras. L'on ne craindra pas de tirer de dix-huit à vingt onces de sang ; aussitôt après, un bon nombre de sangsues seront appliquées sur le siége de la douleur, et réparties sur tout l'abdomen. A la chute des sangsues, des fomentations émollientes tièdes seront employées avec avantage et faciliteront l'écoulement du sang. La diète la plus absolue sera observée ; l'usage des boissons tièdes et mucilagineuses, ou légèrement acidules, suivant le goût du malade, est surtout indiqué. On réitérera la saignée générale et locale, en ayant égard aux forces du malades et suivant l'effet obtenu après les émissions sanguines. On insistera ensuite plus particulièrement sur les applications locales de sangsues. Ces applications devront toujours être faites sur le siège de la phlegmasie, à moins qu'elle n'ait été précédée de la suppression du flux hémorrhoïdal, de l'écoulement des menstrues ou des lochies ; cas dans lesquels on doit faire ces applications à l'anus et à la vulve. Cependant, si ce mode de traitement ne rappelle pas immédiatement l'écoulement supprimé, ou bien si la

douleur et la sensibilité du ventre persistent, il faudra recourir c suite a l'application des sangsues à l'abdomen sur le point douloureux.

On persistera dans l'emploi de ces moyens tant que la douleur n'aura point cédé, à moins que la prostration, l'affaissement subit de la face et la violence des symptômes nerveux ne viennent nous annoncer que la mort du malade est inévitable.

On a souvent vu l'usage des bains tièdes suivi d'une grande amélioration ; mais il sera prudent de ne les prescrire qu'à des individus d'une forte constitution. On devra les interdire aux personnes affaiblies par des maladies antécédentes et à celles douées d'une excessive sensibilité. Il suffira alors d'avoir recours aux fomentations émollientes tièdes.

L'usage des cataplasmes doit être banni du traitement de la péritonite aiguë, où tout ce qui peut déterminer la pression des parois de l'abdomen est contr'indiqué. C'est ainsi que les lavemens employés pour combattre la constipation soulagent rarement les malades, et qu'ils déterminent souvent l'augmentation des douleurs du ventre par la distension des intestins. L'usage de l'huile de ricin remplit mieux l'indication qu'on se propose de satisfaire. Mais la constipation cessant toujours lors de la résolution de la phlegmasie, est-il prudent d'exciter les contractions intestinales, qui sont toujours fort douloureuses?

On ne saurait mettre trop de prudence dans la prescription des alimens qu'on peut accorder au malade lorsqu'il est convalescent, afin de prévenir une rechute toujours fatale. Le régime lacté, les fécules, les gelées végétales, les œufs, les bouillons, les viandes blanches, amèneront insensiblement le malade à reprendre son régime habituel.

Tel est le mode de traitement que nous avons souvent vu couronné de succès, lorsque les circonstances ont pu permettre son application dès le début de cette redoutable phlegmasie.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Ibid.*, *aph.* 13.

III.

Non satietas, non fames, neque aliud quicquam bonum est, quod naturæ modum excedat. *Sect.* 2, *aph.* 4.

IV.

Ex anni verò constitutionibus, in universum quidem siccitates pluviosis sunt salubriores, et minùs lethales. *Sect.* 3, *aph.* 15.

V.

Aqua quæ citò calefiat et citò refrigeretur, levissima. *Sect.* 5, *aph.* 26.

VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.